Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 17 lipca 1886. № 29. Rok XXV.

I. O postępowaniu przy zatkaniach tchawicy i oskrzeli przez błony rzekome, występujących w przebiegu krupu po tracheotomii.

(Wykład miany w Tow. lek. krak.)

Podał docent Dr. Pieniążek.

Krup należy bezsprzecznie do najcięższych chorób wieku dziecięcego, tak, że jeżeli w innych nagminnie występujących mówi się o procencie śmiertelności i podług niego ciężkość epidemii ocenia, to tu przy całym wysiłku sztuki lekarskiéj dopiero o procencie wyzdrowienia mowa być może. Nie chcę przeczyć możności samoistnego wyzdrowienia w krupie, zdarza się ono jednak równie jak i formy krupu poronne wyjątkowo tylko. W obec takiéj choroby sądzę, że każdy nabytek terapeutyczny, który może mieć pozytywną wartość, powinien być pożądanym, jakkolwiekby wartość ta małą nawet była. Pierwszym takim środkiem pozytywnéj choć małéj wartości są środki wymiotne. Zwykle sprawiają one w początku choroby ulgę, ale chwilową tylko, zdarzają się jednak przypadki, lubo bardzo rzadkie, gdzie skutek ich jest trwałym. Ilość chorych dzieci środkami wymiotnemi wyratowana sądzę, że więcéj niż 1—2% nie wynosi. Stanowczy postęp w terapii krupu stanowi tracheotomija, ta bowiem sama przez się ratuje może 15%—20% chorych, chociaż bywają epidemije tak złośliwe, że i tą operacyją nie wiele uratować można. W najlepszym jednak razie działanie lekarza na saméj tracheotomii się nie kończy, ale po jéj wykonaniu ma on jeszcze pole przez odpowiedne postępowanie usuwać grożące w dalszym przebiegu choroby niebezpieczeństwa, a w ten sposób zwiększenia jeszcze przypadków wyzdrowienia do 30—40%. O tém to postępowaniu po tracheotomii mówić tu zamierzam, aby przedłożyć pod sąd i krytykę kolegów to co sam pod tym względem stosuję, a czemu, mojém zdaniem, uratowanie kilku dzieci w bardzo ciężkich przypadkach zawdzięczam. Pozwólcie Panowie, że skreślę przytém w krótkości główne typy przebiegu téj choroby po tracheotomii wraz ze stosowném w nich postępowaniem. 1) Za najlżejszą formę uważać musimy tę, gdzie po tracheotomii błony krupowe nie szerzą się na tchawicę w tym stopniu, aby w niéj powtórne zwężenie pod kaniulą wywołać mogły. Przypadki te uratowane są przez samą tracheotomiję, po któréj prócz oczyszczania kaniuli wewnętrznéj uważać tylko należy na ranę i za pomocą inhalacyj zapobiegać możliwemu zaschnięciu śluzu w tchawicy lub oblepieniu nim końca kaniuli. Wydzielina tu jest śluzowo ropna, mająca jednak czasem dążność do zasychania. 2) Druga forma jest ta, gdzie po tracheotomii błony krupowe przechodzą na tchawicę w takiéj ilości, że pod kaniulą powtórne zwężenie sprawiają; zwykle znajdują się one w tchawicy już podczas tracheotomii, potém zaś szerzą się daléj i grubieją. Często poprzedza je wydzielina śluzowo ropna, mająca wielką do zasychania skłonność. Zwężenie występuje tu zwykle przy szerokiéj tchawicy t. j. u starszych dzieci na bifurkacyi, przy węższéj tchawicy już w samym przebiegu jéj rury blisko końca kaniuli. Jeżeli zwężenie tak powstałe jest mierne, dziecko jakotako choć z trudem oddychać może, jeżeli jednak dojdzie wyższego stopnia, wtedy grozi zaduszeniem, wymaga więc sztucznéj pomocy. Tu znowu przychodzą środki wymiotne, których użycie jednak ograniczone jest, tém, że zwężenie takie raz usunięte szybko wraca, gdyż błony krupowe szybko się odnawiają, a wreszcie często coraz niżéj schodzą, ciągłe zaś powtarzanie środków wymiotnych sprowadziłoby tylko wyczerpanie sił dziecka, przytém skutek ich niepewny słabnie jeszcze w miarę ich powtarzania. Więcéj osiągnąć tu można za pomocą inhalacyj, które już zaraz po tracheotomii są stósowne, aby wysychaniu wydzieliny zapobiedz. Ciepło pary ułatwia oddzielenie się błon, a płyn skroplony pobudza do kaszlu, tém samém do ich wykrztuszenia. Przy silniejszém zwężeniu można wbryzgiwać płyny za pomocą pulweryzatora lub też wpuszczać kroplami w celu pobudzenia kaszlu, a wreszcie piórkiem

tchawicę drażnić. Środki do inhalacyj lub wbryzgiwań używane, czy *Natr. boricum*, czy *Aq. calcis*, *acid. lacticum*, *v. boricum*, *resorcyn* itp., sądzę, że stoją na równi, głównie tu chodzi o mechaniczne drażnienie do kaszlu, przez który jedynie błony oderwać się mogą. Zdarzy się nieraz, że błony oderwane w większéj ilości zwinięte w kłębek nagle zatkają kaniulę, cechuje się to natychmiastowém zatamowaniem wydechu. Wtedy kaniulę wyjąć należy natychmiast a dziecko zwykle cały kłębek zwiniętych błon wyrzuci. Jeżeliby to nie nastąpiło, wyjąć takowy należy w sposób niżéj podany. W ten sposób czekać można, dopóki trwają dość silne oddechy i tętno znacznie nie osłabnie. Jeżeli jednak wyż wymienione środki okażą się bezskuteczne, a dziecku zagraża zaduszenie, wtedy mechanicznie błony usunąć należy. Dokonać tego można przez aspiracyję rurkami Weinlechnera, albo też kateterami elastycznemi, które są pod tym względem dogodniejsze, bo podatne. To téż używałem zwykle do aspiracyi kateterów elastycznych a nawet Nélatonowskich, bądź całkowitych, bądź téż z obciętym końcem. Cały kateter łatwiéj przez zwężenie w saméj tchawicy przesunąć i w razie potrzeby sztuczne oddechania przezeń stósować, kateter zaś z obciętym końcem pozwala odskrobać błony od ścian tchawicy i wciągnąć w otwór. W ten sposób można zwężenie w saméj tchawicy usunąć. Prócz tego można także przeprowadzić dłuższą kaniulę np. Kőniga przez miejsce zwężone, dopóki zwężenie nie jest zbyt wielkie i w ten sposób zabezpieczyć się od jego wzmagania się, ale nie od przesuwania się niżéj. Zamiast kaniuli Kőniga używam równéj długości kateteru elastycznego z obciętym końcem przymocowanego do tasiemki. U małych dzieci używałem w tym samym celu kateteru Nélatona, który mi się okazał dość elastycznym, aby nie był zgniecionym, używam go także i do aspirowania. Co do możności zgniecenia kateteru w saméj ranie przez chrząstkę obrączkową, zwykle od 3go dnia po operacyi obawa ta nie zachodzi nawet u kateterów Nélatonowskich, gdyż części te już zastosowały się do kształtu kaniuli. W ten sposób jesteśmy panami sytuacyi aż do podziału tchawicy, cóż jednak robić, jeżeli zwężenie jeszcze niżéj schodzi, a inhalacyje, wbryzgiwania płynu itp. skutku nie osiągają? Tu aspiracyja nie pomoże, w takim więc razie i w ogóle, gdy mnie kateter zawodzi, uciekam się do Schrötterowskiéj pincety krtaniowéj, któréj obecnie i w zwężeniu w saméj rurze tchawicy używam. Wprowadzam ją do tchawicy przez ranę z tak ułożonemi szczypczykami, żeby się nie na boki, lecz ku przodowi i tyłowi rozwierały, w ten sposób nie obawiam się uchwycić za klin podziałowy tchawicy. Następnie wsuwam w głąb rozwarłszy ją, oddzielając przez to błony krupowe od ścian i uchwyciwszy ich kłębek wyjmuję. Czasem za jednym, czasem za kilku razami udaje mi się oswobodzić tchawicę. Jeżeli się to działanie na nieoddechającém już dziecku rozpocznie, należy się spieszyć i zdobywszy drogę dla powietrza zaraz stósować sztuczne oddechanie; z drugiéj strony wydobycie błon na dziecku, które już ustało oddechać, jest łatwiejszém. To, co tu podaję, twierdzę na podstawie doświadczenia, nieraz bowiem zdarzyło mi się wyciągać błony na dziecku już asfiktyczném, kładę téż nacisk na to, aby szybko usunąć przeszkodę, t. j. błony i sztuczne oddechanie jak najprędzéj i wytrwale potém stósować niezrażając się, jeżeli nie odrazu dziecko do siebie przychodzi. Jeżeli zwężenie przesuwa się poniżéj t. j. na początek oskrzeli głównych, można przy odpowiedniém wygięciu ciała na jeden lub drugi bok wprowadzić pincetę przy odpowiedniém jéj wygięciu do prawego lub lewego oskrzela i z nich błony usunąć. Możemy się wreszcie i za pomocą wzroku przekonać o umiejscowieniu zwężenia, jeżeli wprowadzimy do tchawicy przez ranę odpowiedni wziernik przy silném wygięciu głowy ku tyłowi. Wzierniki, jakich w tym celu używam, są to skrócone wzierniki nosowe Zaufala. W ten sposób mogę widzieć bądźto błony nad bifurkacyją, bądź tę ostatnią błonami pokrytą a oraz błony w początkach oskrzeli, bądź téż te części wolne, co na zwężenie w mniejszych oskrzelach wskazuje. Wreszcie ręka wprowadzająca pincetę czuje, gdzie napotyka zwężenie. Patrząc przez wziernik mogę nakierować tułów na bok tak, iż początek jednego lub drugiego oskrzela dokładniéj widzieć można, potém wyjąwszy wziernik wsuwam przy téj saméj pozycyi ciała dziecka pincetę, trzymając się przytém téj strony, w któréj oskrzele wejść zamierzam. Tak więc wyginam tułów na prawo i schodzę po ścianie lewéj, aby wsunąć pincetę do oskrzela lewego i odwrotnie. Śmiało twierdzić mogę, że użyciu pincety téj w stosownéj chwili zawdzięczam życie niejednego dziecka, które się już straconém być zdawało. Nie podaję dat statystycznych co do rezultatów w ogóle, gdyż te jedynie w obec wielkiéj ilości przypadków mają wartość, w przeciwnym razie zanadto od przypadkowości zależą; podnieść jedynie muszę w téj metodzie, że tak jak aspiracyja kateterem pozwala usunąć błony krupowe tam, gdzie ich dziecko mimo wszelkiéj pomocy wykrztusić nie zdoła, tak i pinceta daje nam środek ratunku tam, gdzie kateter nie wystarcza, pole jéj działania nie kończy się bowiem na dole tchawicy, lecz na końcach oskrzeli głównych. Przytém jest ona w działaniu pewniejszą, niż kateter i nie naraża lekarza tak jak aspiracyja, którą przecież trudno inaczéj jak własnemi ustami odbywać. Że postępowanie to nie jest tak przykrém dla dziecka, jakby się zdawało, poucza mnie doświadczenie moje w téj mierze. Zrazu używałem pincety i kateterów prawie tylko w obec następującéj asfiksyi, widząc jednak skutek téj metody zacząłem używać jéj wcześniéj, gdy dziecko rzuca się niespokojne z powodu duszenia się. Dzieciom takim zwykle przy tém postępowaniu nie każę nawet rąk trzymać, a nie zdarza się, aby za pincetę chwytały. Wreszcie zazwyczaj odchodzą błony w téj formie dość łatwo i bez krwi, co wyklucza skaleczenie. Zdarzyło mi się, że dziecko 7-letnie raz w ten sposób od duszności uwolnione, potém przy każdym napadzie samo wskazywało mi leżącą obok pincetę prosząc, abym jéj użył, a rzucało się gniewnie, gdym kazał jeszcze inhalacyje lub nabryzgiwania robić. Nie przeczę, że ta forma krupu wymaga dużo pracy ze strony lekarza, napady sufokacyi bowiem mogą się powtarzać po trzy i cztery razy na dobę od drugiego do 6—7 dnia po operacyi, a miałem przypadek, gdzie do dwóch tygodni bywało ich najmniéj cztery dziennie, jednak dziecko wyratowane zostało. Przypadki tak częstych i długo powtarzających się powrotów sufokacyi zapewne bez tego rodzaju leczenia nie zdarzają się, gdyż wcześnie dziecko uledz musi. Jeżeli błony krupowe schodzą na oskrzela drugorzędne i tam sprawiają zatkanie, przekonać się o tém można w ten sposób, że pinceta z łatwością i przez tchawicę i oskrzela główne przechodzi, wtedy jednak nie wiele z jéj pomocą osiągnąć można. Zdarza się wprawdzie nieraz, że się uda wyciągnąć błoniastą rurkę z oskrzela głównego, która się daléj na trzy rurki odpowiednio oskrzelom drugiego rzędu rozdziela. W ten sposób uda się nieraz oswobodzić jedno a czasem oba płuca, ratunek jest tu jednak

o wiele mniéj pewny, a przytém tu należy być ostrożnym, aby nie uchwycić błony śluzowéj w miejscach podziału oskrzeli głównych na drugorzędne. W ogóle za zasadę przyjąć należy, że im niżéj zwężenie występuje, tém ostrożniéj pincetą manipulować należy, a w ogóle chwytać się jéj dopiero po wyczerpaniu wszelkich innych środków, jeżeli stan dziecka absolutnie czekać dłużéj nie dozwala, słowem tam dopiero, gdzie już nic nie ma do stracenia. Wtenczas narzędzie to może oddać prawdziwe usługi. W saméj tchawicy wcześniéj pincety używać można. Mówiąc o zstąpieniu błon krupowych do oskrzel drugiego rzędu wspomnieć nam należy o trzeciéj formie typowéj, gdzie po tracheotomii dni kilka oddech się utrzymuje swobodny, a jeżeli zostanie utrudniony, to zwykle wydzieliną zaschłą klejowatą, któréj spore kłębki lub rurki z tchawicy wydobyć można, a często po wyjęciu rurki dziecko je samo przy wbryzgiwaniach wyrzuca. Błony krupowe zwykle po tych klejowych dopiero się pokazują, ale są cienkie i tkwią silniéj w ścianach tchawicy, tak że się trudniéj odrywają. To też błony te zwykle dopiero w oskrzelach sprawiają zatkanie, które dla tego czasem czwartego dnia dopiero po tracheotomii występuje, lubo i wcześniéj wystąpić może. Często zatkanie oskrzeli na oko nie przedstawia zwykłego obrazu stenozy, dziecko oddecha lekko, ale coraz słabiéj, jest jak odurzone, sinieje, w końcu przestaje oddychać. Badanie płuc wykazuje w tych przypadkach, że są części, do których powietrze wcale nie dochodzi, gdy do innych dochodzi ono zupełnie łatwo. Bez tego badania możnaby cały obraz kłaść na karb dyfterytycznego zakażenia. Tutaj pinceta nic już nie zdziała, wyjąwszy, jeżeli powietrze do całego jednego płuca nie dochodzi, do drugiego dochodzi łatwo. Wtenczas jest jedno główne oskrzele zatkane, pomoc więc mechaniczna może przeszkodę usunąć. Należy jednak tu być ostrożnym, cienkie błony trudniéj uchwycić pincetą i trudniéj je oderwać, a gdy się to uda, to rzadko w większéj ilości odrazu. Ztąd też czasem się tu i wydzielina lekko krwią zabarwiona pokaże. To jednak nie może wstrzymać od téj próby w chwili, gdy i tętno i oddech ustaje. Wreszcie przy zatkaniu oskrzeli drugorzędnych w ogóle tam, gdzie przeszkody oddechania usunąć nie można, pozostaje nam tylko utrzymywać życie przez sztuczne oddechanie, które doprowadza powietrze przynajmniéj przez niezwężone jeszcze oskrzela, a nawet przez zwężone przepchać je może, przytém przez często powtarzane inhalacyje, nabryzgiwania i spiracyje, przeszkadzać zlepianiu się błonek w oskrzelach i niejako ługować pozwoli. Wszystko to jednak nie wiele obiecuje skutku. W każdym atoli razie można temi sposobami podtrzymywać życie, a udać się może zwrotu w przebiegu choroby doczekać. Szczególniéj należy sztuczne oddechanie energicznie stosować, aby ułatwić ukwasorodnienie krwi przy zmniejszonéj powierzchni płuc, do któréj powietrze dochodzi, a powtóre, aby zastąpić tém kaszel, do którego dziecko wyczerpane i nieprzytomne nie jest zdolném, a który jedynie wymacania błon dokonać jeszcze może. W ogóle jednak formę tę równie jak przesunięcie się błon na drugorzędne oskrzela w formie poprzedniéj za stan ciężki uważać musimy, tém więcéj, że nie mamy środków skutecznych do działania przeciw niemu. Z opisu błon w téj formie łatwo poznać, że stanowi ona łącznik między prawdziwym krupem a dyfteryją, któreto dwie choroby w krańcowych jedynie formach stanowią różne zupełnie obrazy, pomiędzy temi obrazami napotykamy cały szereg obrazów pośrednich bliżéj jednego lub drugiego krańca leżących, między którémi ściśléj granicy przeprowadzić się nie da, dla czego też w niniejszym wykładzie krupu od dyfteryi nie oddzielam. Ostatnią a najcięższą formę stanowią te przypadki, gdzie nie zwężenie dróg oddechowych lecz zakażenie dyfterytyczne stanowi główne niebezpieczeństwo. Sprawa wypocinowa zwykle się tu do połyku ogranicza, a jeżeli schodzi na krtań, a mianowicie na głośnię i wywołuje zwężenie jéj w tym stopniu, że tracheotomii wymaga, to zwykle po wykonaniu operacyi nie sprawia zwężeń następowych, albo znacznie słabsze, a dzieci ulegają ogólnemu zakażeniu. Tu więc pomoc mechaniczna nie jest zwykłe potrzebną, a nawet w razie potrzeby nieskuteczną, gdyż z innéj strony niebezpieczeństwo zagraża. Leczenie więc tych przypadków nie wchodzi w zakres obecnego wykładu.

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

W przypadku drugim rozpoznaliśmy wprawdzie zapalenie opon na podstawie gruźliczéj, nie mogliśmy się jednak przez cały czas obserwacyi oprzeć pewnemu powątpiewaniu, czy nie mamy z inną postacią zapalenia opon do czynienia. Powątpiewanie to wznieciły w nas niektóre przypady, niezwykłe w zapaleniu gruźliczém opon podstawy, a mianowicie: nadzwyczaj wybitne i przeważające objawy ze strony czuciowéj, nadzwyczaj silny ból głowy, znaczna przeczulica, niespokój, krzyki ustawiczne przeraźliwe, zwężenie źrenic prawie aż do śmierci; daléj dwukrotne tylko wymioty w przeciągu całego czasu choroby, regularność tętna i oddechu, zatém brak objawów zadrażnienia nerwu błędnego, brak obstrukcyi, wreszcie jednorazowy tylko napad drgawek, podwyższenie ciepłoty bardzo znaczne, bo 40·5° już 3 dni przed śmiercią, bez wystąpienia jakiegokolwiek powikłania ze strony innych narządów. Obrzęku śledziony w obydwu przypadkach ani za życia ani przy sekcyi nie stwierdziliśmy. Obydwa te przypadki jeszcze z tego względu zasługują na uwagę, iż w reszcie narządów nie napotkaliśmy żadnych ważniejszych zmian. Byłyto zatém przypadki niekomplikowane, bo w pierwszym znaleźliśmy tylko przy sekcyi pozostałości po przewlekłym nieżycie jelit a w drugim świeży nieżyt oskrzeli powstały prawdopodobnie w ostatnich dniach życia. Inaczéj ma się rzecz w trzech przypadkach zapalenia opon mózgowych tak powierzchni półkul jak i podstawy. Tu bowiem zapalenie opon nie było chorobą pierwotną i jedyną, lecz zakończeniem całego szeregu chorób rozmaitych narządów, co stało się powodem, że przebieg zapalenia był utajony a nieliczne objawy pozwalały zaledwo podejrzywać rozpoczynanie się jednéj z chorób opon mózgowych lub mózgu. Tymczasem objawy spostrzegane za życia w rażącym stały niestosunku do wybitnych i rozległych zmian stwierdzonych przy sekcyi w narządzie środkowym nerwowym. W jednym tylko z owych trzech przypadków były objawy cechujące zapalenie opon; chora jednak została oddaną do szpitala w okresie konania a anamneza zbyt była niedokładna, żeby na jéj podstawie można było ściśle rozpoznać chorobę.

Przypadki te są następujące:

1. Katarzyna Soroczyńska, dziewczyna 1-roczna, przy-

jęta do szpitala 2 stycznia 1879. Chora miernie odżywiona, głowa duża, guzy czołowe wysadzone, obwód czaszki wynosi 47cm., wymiar prosty $15\frac{1}{2}$, poprzeczny $13\frac{1}{4}$ przy obwodzie klatki piersiowéj 43cm. o długości ciała 72cm. Żyły czaszkowe mocno wypełnione, ciemię wysklepione, lecz mało tętniące, powieki na wpół otwarte, źrenice zwężone. Dziąsła obrzękłe, 1szy okres zębowania, szczęki zaciśnięte, w ustach znaczna ilość piany. Oddech przerywany, tętno bardzo słabe, nieregularne, bicie serca przyspieszone, wymioty, zaparcie stolca, porażenie mięśni odnóg, zupełny brak świadomości. Chora od 3ch dni cierpi na drgawki. Drgawki w ciągu dnia kilkakrotnie się powtórzyły a 3go stycznia zmarła chora w napadzie drgawek.

Sekcyja wykonana 4 stycznia wykazała: *Leptomeningitis fibrino-purulenta convexitatis nec non baseos cerebri, sbs. hydrocephalo int. acuto minoris gradus. Enteritis follicularis recens sbs. hyperplasia glandul. mesaraicarum.*

2. Katarzyna Gomulówna, dziewczyna 5cio-letnia, przyjęta dnia 6go października 1879. Obwód czaszki 49cm., wymiar prosty $16\frac{1}{2}$, poprzeczny $14\frac{1}{2}$, obwód klatki piersiowéj 59cm., długość ciała 96cm. Stos pacierzowy w dolnéj części piersiowéj kątowato załamany, *Kyphosis vera.* Garb utworzony z ostatnich kręgów piersiowych, pokryty skórą prawidłową, za dotykiem niebolesny, lecz w skutek znacznego załamania ostatnie żebra przylegają prawie do grzebienia miednicowego, zwłaszcza po stronie lewéj, gdzie téż znajduje się blizna przebiegająca równolegle z przedostatniém żebrem, przy końcu wewnętrznym rozpadnięta i wydzielająca nieco ropiastéj cieczy. Po wewnętrznéj stronie uda lewego w części górnéj znajduje się otwór przetokowaty, z którego wydobywa się ropa w znacznéj ilości. Chora leży na boku lewym i ani siedzieć ani stać o własnéj mocy nie potrafi. Odnogi dolne mocno wychudłe wyprostować się nie dają w zupełności, a chora nawet podtrzymywana pod pachami stanąć nie może. Klatka piersiowa w postaci swéj odpowiednio do tak znacznego garbu zmieniona, odgłos wypukowy z tyłu przy kręgosłupie od góry stłumiony, oddech słabo słyszalny, w reszcie płuc liczne rzężenia. Serce przesunięte ku wewnątrz i ku dołowi, tony czyste. Brzuch duży, wątroba i śledziona znacznie powiększone, brzegi ich twarde, tępe. Na rogówce oka lewego zapalenie pryszczykowe. Chora nie gorączkuje, w sferze czuciowéj i psychicznéj zboczeń nie ma. Mocz zbadany 15/10 wykazał obecność białka w małéj ilości bez składników morfologicznych w osadzie. 31/10 przystąpiło rozwolnienie. 3/11 stłumienie odgłosu wypukowego po stronie lewéj klatki piersiowéj zwłaszcza z tyłu, szmery oddechowe słabiéj słyszalne, c. r. 37·5°. 11/11 w moczu znaczniejsza ilość białka, w osadzie nieliczne wałeczki Belliniego przeźroczyste; obrzęk surowiczy skóry około kostek, twarz nieco nabrzękła, w jamie brzusznéj stwierdzono obecność płynu wolnego. 12/11 chora żali się na ból głowy, przyczém dostrzeżono lekkie porażenie nerwu twarzowego po lewéj stronie. Po nad całą lewą połową klatki piersiowéj wypuk czczy i stłumiony, oddech bardzo słabo słyszalny, granic serca oznaczyć nie można, tony serca bardzo słabo słyszalne, oddech przyspieszony, obok kaszlu i duszność. Brzuch mocno wysklepiony, wątroba i śledziona jeszcze bardziéj obrzękłe. Rozwolnienie się utrzymuje. Chora w nocy nie sypia. 14/11 stan ten sam, ból głowy ciągły, chora podtrzymuje głowę obiedwiema rękami i unika wszelkich ruchów, robi pod siebie i jest drażliwą. 16/11 stan ten sam, wieczorem o godzinie 7éj nagle wymioty obfite płynem zielonawym. 17/11 o godzinie 6éj rano wśród wzmagającéj się duszności chora zakończyła życie.

Sekcyja wykonana 18 listopada wykazała: *Nephritis parenchymatosa chronica c. degeneratione amyloidea; degeneratio hepatis amyloidea, lienis incipiens, sbs. hydrope universali (hydrothorax praecipue sinister cum compressione totius fere pulmonis sinistri). Degeneratio glandularum bronchialium caseosa. Leptomeningitis fibrino-purulenta convexitatis et basis cerebri. Abscessus multiplic. femoris sinistri. Caries infirmarum vertebrarum thoracic. sbs. kyphosi majoris gradus et pachymeningitide spinali chronica.*

3. Wacław Mszyk, chłopiec 8-letni, przyjęty 8 sierpnia 1881. Źle odżywiony, czaszka symetryczna, obwód głowy 49cm., wymiar prosty $16\frac{3}{4}$, poprzeczny $13\frac{1}{2}$, przy obwodzie klatki piersiowéj 53cm., a długość ciała 83cm. Kręgosłup w środkowych i dolnych kręgach piersiowych mocno pod kątem zgarbiony ku tyłowi, po stronie lewéj w pobliżu wyrostków kolczystych 9go i 10go kręgu nieregularne wrzody przetokowate, z których za uciśnięciem wydobywa się ropa w znacznéj ilości. Garb za uciśnięciem bolesny, podobnie przy wszelkich usiłowaniach dźwignięcia się, lub przy podnoszeniu. Odnoga dolna lewa zgięta w stawie kolanowym pod kątem prostym, staw ten prawie nieruchomy. Ruchy odnóg górnych i odnogi dolnéj prawéj wolne, czucie prawidłowe. Znaczne wysadzenie mostka. Gruczoły karkowe obrzękłe, twarde, wypuk daje ponad obydwoma szczytami płuc z tyłu odgłos stłumiony, oddech chuchający, miejscami wyraźnie oskrzelowy. Tony serca słabe. Brzuch duży, śledziona niemacalna, w moczu ślad białka dobrze spostrzegalny. Wypływ ropiasty z ucha lewego. Inteligencyja dość znaczna.

W ciągu pobytu chorego w szpitalu zauważono nieregularnie występującą i mijającą gorączkę zwłaszcza wieczorem i stale utrzymujące się rozwolnienie. 27/8 (to jest w 20 dni po przyjęciu) brak apetytu, śpiączka, ból głowy, osłabienie znaczne. 28/8 śpiączka, czasem zgrzytnięcie zębami, niespokój. 29/8 wymioty nagłe prawie czystą wodą, nieprzytomność, zapad, o godzinie 6éj wieczór śmierć.

Sekcyja wykonana 30 sierpnia wykazała: *Caries et necrosis scrophulosa vertebrarum dorsalium inferiorum et lumbalium superiorum. Kyphosis angularis columnae vertebralis. Leptomeningitis spinalis chronica et leptomeningitis cerebralis universalis fibrino purulenta recens. Haemorrhagia intermeningealis insignis recens ad basim et ventriculos cerebri et circa faciem anteriorem totius medullae spinalis. Peribronchitis tuberculosa (caseosa), bronchitis diffusa, atelectasis disseminata, emphysema et oedema pulmonis utriusque et degeneratio caseosa glandul. bronchialium. Pericarditis fibrosa et degeneratio adiposa cordis et hepatis. Nephritis parenchymatosa subacuta. Enterocatarrhus chronicus et hyperplasia glandul. mesaraicar. Tumor lienis chronicus. Contractura genus sinistr. Marasmus universalis.* Z protokołu sekcyjnego wyjmujemy: Czaszka wielka, kości cienkie symetrycznie ułożone, opona twarda blada, gładka, ściśle z kośćmi czaszki zrośnięta. Na całéj górnéj powierzchni półkul mózgowych, jak również na podstawie mózgu zwłaszcza w dołach Sylwiusza opony miękkie zmętniałe i przesiąkłe wypociną szarą lub zielonkowato-żółtą, nagromadzoną przeważnie w rowkach między zwojami. Nadto pomiędzy temi oponami około odnóg mózgu na całéj dolnéj powierzchni mostu Varola, dolnéj powierzchni móżdżku i rdzenia przedłużonego gruba warstwa miejscami $\frac{3}{4}$cm. wynosząca świeżych skrzepów krwi, ciemnoczerwonych. Zwoje mózgu na powierzchni półkul spłaszczone, rowki wy-

równane, istota korowa i rdzeniowa oprócz bardzo znacznéj niedokrewności i znacznie zmniejszonéj spójności nie przedstawia innych widocznych zmian. Cała komórka czwarta mózgu, przewód Sylwiusza, po części także komórka 3cia i komórki boczne wypełnione jednolitemi ciemnoczerwonemi miękkiemi skrzepami krwi, które wyjęte z łatwością stanowią jakby odlewy plastyczne tych jam znacznie rozszerzonych. Na powierzchni skrzepów tych wykazać się daje cienka warstwa wypociny świeżéj włóknikowéj z ścian komórek pochodzącéj. Wyściółka komórek zmętniała, jednostajnie rdzawo czerwono zabarwiona od napojenia barwikiem krwi wynaczynionéj, przytém pokryta cienką warstwą wypociny świeżéj włóknikowo ropnéj, gdzieniegdzie także okazująca drobne wynaczynionki świeże. Istota nerwowa móżdżku i rdzenia przedłużonego nie przedstawia widocznych zmian. Opona twarda rdzenia w dolnéj części odpowiednio do sąsiedztwa sprawy nekrotycznéj w kręgach piersiowych i lędźwiowych zgrubiała, po lewéj stronie w miejscu ograniczoném okazuje małe ognisko serowate zostające w bezpośrednim związku z resztą takiego ogniska w nekrotyzującym trzonie 11go kręgu piersiowego, do około tego miejsca zrośnięta ściśle z okostną kanału kręgowego, w okolicy szyjnéj szczelinowato rozdarta przez skrzep krwi z pod opon miękkich rdzenia się wydobywający. Wzdłuż całéj przedniéj powierzchni rdzenia pod oponami miękkiemi gruby pokład świeżych skrzepów krwi. Opony miękkie w części dolnéj rdzenia znacznie zgrubiałe i twarde, czerwone. Rdzeń kręgowy nie przedstawia zmian makroskopowych.

Wiadomém jest wprawdzie, iż zapalenie opon mózgowych towarzyszące chorobom ogólnym, zakaźnym albo téż i zapaleniu płuc, przebiega częstokroć zupełnie niespostrzeżenie; opisane są także przypadki, w których rozwój choroby był znaczny, jak to sekcyja wykazała późniéj, a przypady trwały zaledwie godzin kilka. W pierwszym rzędzie albo zauważono kilka objawów, jak np. wymioty, bredzenie, śpiączkę, zgrzytanie zębami itp., które należało odnieść do choroby pierwotnéj i głównéj, jak płonicy, duru, ospy itd., albo nawet takich objawów nie zauważono a natenczas przypuszczać należy, iż istota mózgowa pozostająca pod wpływem zaburzeń w krążeniu i odżywianiu wywołanych intoksykacyją chorobową i wysoką ciepłotą, nie zachowuje się pod względem dalszych bodźców tak jak istota mózgowa w stosunkach prawidłowych. W drugim razie przypuścić musimy, że albo w danym przypadku istniały poprzednio jakieś zmiany w organizmie, ułatwiające tak szybkie rozwinięcie się choroby, podobnie jak to i w innych chorobach zapalnych ma miejsce, albo że w danym przypadku wystąpiły objawy zapalenia opon dopiero wtenczas, gdy zmiany wywołane chorobą doszły do pewnego stopnia. (C. d. n.).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Tarnowsky (w Petersburgu): **Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Eine forensisch-psychiatrische Studie**. Berlin 1886.

Prof. Dr. Krafft-Ebing (w Gracu): **Psychopathia sexualis. Eine klinisch-forensische Studie**. Stuttgart 1886.

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Pomijając części: psychologiczną i fizyjologiczną, jako zestawiające szczegóły wprawdzie ciekawe ale znane, przechodzimy do części patologicznej, jako najbardziej zajmującéj. Wszystkie zboczenia płciowe Krafft-Ebing odnosi albo do nerwic albo do psychóz. Nerwice te dzieli: na obwodowe, rdzeniowe i mózgowe; pierwsze znów na czulne (*anaesthesia, hyperaesthesia neuralgia*), wydzielnicze (*aspermia, polyspermia*) i ruchowe, kurczowe, *pollutio* i porażenne (*spermatorrhöe*); drugie na cierpienia ośrodka wzwodowego (*priapismus*, osłabienie, porażenie) i cierpienia ośrodka wytryskowego; w ostatnich odróżnia: 1) pojawienie się popędu płciowego po za okresem fizyjologicznym, *paradoxia* (w wieku dziecięcym i schyłkowym), 2) brak popędu płciowego (*anaesthesia sexualis*) wrodzony i nabyty, 3) podniecenie chorobowe popędu (*hyperaesthesia*); 4) przewrotność popędu (*paraesthesia*). Zboczenie to ostatnie, które nas najwięcej interesuje, dzieli autor na dwie kategoryje, w miarę czy istnieje skłonność wprawdzie przewrotna, ale do płci drugiéj, lub czy występuje skłonność przewrotna do płci téj saméj. Podział ten uważamy za bardzo trafny, ponieważ w wysokim stopniu ułatwia nam nie tylko pogląd, ale nawet zrozumienie owych licznych dziwnych zjawisk, z któremi się spotykamy od czasu do czasu.

W kategoryi pierwszéj znane są następujące odcienia: 1) Lubieżność łączy się z okrucieństwem; począwszy od całowania połączonego z kąsaniem, biczowaniem, ranieniem, okaleczeniem aż do morderstwa, mamy tu znów liczne odcienia a dziwnym, niepojętym sposobem uczucie przyjemności wzmaga się w obec wyobrażenia o cierpieniu fizyczném ofiary. Jako przykład odstraszający przytacza autor marszałka francuskiego Gilles de Rays, który stracony został w r. 1440 za shańbienie i zamordowanie 800 dzieci, a przyznał on, że historyja Suetoniusza o wybrykach cezarów rzymskich naprowadziła go na myśl, aby dzieci wabić do zamku swego i mordować je po zaspokojeniu chuci. Podobne, mniéj straszne przypadki, zdarzają się i w naszych czasach.

2) Lubieżność łączy się z zachceniem spożywania mięsa ofiary zamordowanéj.

3) Lubieżność ogranicza się czasem do samych czynności przewrotnych, okrutnych, bez spółkowania, jeżeli sprawcy są niedołężni pod względem płciowym; miewają oni uczucia lubieżne przypatrując się zarzynaniu zwierząt i gmerając w ciepłych jeszcze trzewach; tak tłumaczy się dziwne postępowanie owego „Händlmann", który w procesie wiedeńskim Steiner-Baloghówny odgrywał rolę, a który przed przystępowaniem do spółkowania słabą swą zdolność podniecał męczeniem kurcząt, gołębi itd. Tu należą przypadki, w których przychodzi u mężczyzn do wytryskiwania nasienia po duszeniu lub zarzynaniu kurcząt lub gołębi, oraz smutniejszy jeszcze a głośny przypadek Verzeniego, który zamiast ptaków dusił kobiety i bezcześcił ich zwłoki, doznając przytém nierównie większéj przyjemności płciowéj aniżeli wśród samogwałtu.

4) Jako równoważniki, oczywiście w wysokim stopniu przewrotne, w aktach spółkowania zdarzają się czynności dziwaczne następujące:

a) Kaleczenie dziewcząt narzędziami kłującemi lub tnącemi (*Mädchenstecher, Mädchenschneider*).

b) O wiele niewinniejsze delektowanie się trzewikami kobiecemi lub nawet ćwiekami, na widok których chory doznaje uczucia lubieżnego.

c) Wystąpienie uczuć lubieżnych na widok czepków nocnych, bielizny kobiecéj, a tém bardziéj obnażonéj części ciała, a co dziwniejsza jeszcze w skutek zetknięcia się z futrem itd.

5) Zaspokajanie chuci przez obnażenie części płciowych w obec kobiet (t. zw. *Exhibitionistes*).

6) Zaspokajanie chuci na posągach, wreszcie

7) T. zw. nekrofilija, czyli zaspokajanie chuci przez spółkowanie z trupami; tu należy głośny w swoim czasie przypadek sierżanta Bertranda w Paryżu.

W drugiéj kategoryi objawiającéj się przez pociąg przewrotny do osób téj samej płci, odróżnia autor dwa odcienia: przewrotności wrodzonéj i, idąc w ślad za Tarnowskim, nabytéj. O odcieniu ostatniém nie wspominamy, bo o niém była już mowa przy wzmiance o rozprawie Tarnowskiego; o pierwszém rozprawia autor obszernie, bo też ono jest o wiele ważniejszém. Antropologicznie rozróżnia trzy stopnie rozwoju: 1) przewrotność popędu, 2) usposobienie psychiczne odpowiada przewrotności i 3) postać cielesna zbliża się do postaci, któréj przewrotność płciowa odpowiada. Autor podawszy historyję tego zjawiska od Caspra począwszy aż do Westphala i zestawiwszy wszystkie przypadki dotąd (aż do r. 1885) spostrzegane, uważa je za objaw zwyrodnienia, za czém przemawiają następujące okoliczności: 1) życie płciowe takich osób odzywa się przedwcześnie; 2) charakter ich zależny jest od poczucia przewrotnego, nie zaś od anatomicznéj cechy przyrządu płciowego; 3) zdarzają się i inne objawy anatomiczne zwyrodnienia; 4) często wykazać u tych osób można jakąś nerwicę lub 5) psychozę (tępota umysłu, obłąkanie moralne) i 6) prawie zawsze wykazać można obciążenie dziedziczne. Zestawiwszy wyczerpujący obraz zachowania się takich osób pod względem płciowym, towarzyskim itd. autor nie zgadza się z Tarnowskim, jakoby wrodzona przewrotność mogłaby ustąpić w skutek odpowiedniego wychowania; przyznaje atoli, że wychowanie może tyle zdziałać, że chory zwalcza popęd swój do samcołoztwa a przynajmniéj usiłuje zachować się zgodnie z przepisami prawodawstwa i zapatrywaniami społeczeństwa.

Jeżeli podział przeprowadzony przez Krafft-Ebinga na 2 główne kategoryje: przewrotności płciowéj w miarę czy popęd skierowany jest ku osobie płci drugiéj lub téj saméj uznaliśmy za bardzo trafny, to żałujemy tylko, że nazwy przez niego obrane dla tych dwóch głównych kategoryj: *Perversion des Geschlechtstriebs* i *Contraere Sexualempfindung* niedają się należycie przetłumaczyć na język polski, bo właściwie oznaczają jedno i to samo; stósowniéj będzie, jeżeli mówić będziemy o przewrotności popędu płciowego, skierowanego ku osobom płci drugiéj lub téj saméj.

Następnie autor wylicza zboczenia i choroby umysłowe, w których przewrotność się zdarza. Zacząwszy od stanów tępoty umysłowéj wrodzonéj lub nabytéj (idyjotyzmu, niedołęztwa końcowego, po udarze, urazie i kile, niedołęztwa porażennego), przechodzi do zboczenia umysłowego wskutek padaczki, obłąkania okresowego, manii, zadumy, macinnictwa i kończy na pomieszaniu pierwotném. Uderza nas brak w tym poczcie obłąkania moralnego, w którém przewrotność płciowa zawsze się zdarza, a na co począwszy od Westphala wszyscy psychijatrzy i sam autor w pracach dawniejszych a nawet nawiasem i w niniejszéj uwagę zwracają. Ponieważ Krafft-Ebing nie należy do nielicznego obozu (Meynert, Neumann), którzy obłąkania moralnego nie przypuszczają, przeciwnie w innych swych dziełach bardzo szczegółowo o niém traktuje, więc pominięcie to tém bardziéj dziwić musi. Pomija je także milczeniem Tarnowsky, ale do niego, jako syfilidologa, pretensyi mieć nie możemy.

Ostatni rozdział, traktujący o chorobowém życiu płciowém ze stanowiska karnosądowego, jest najsłabszym ze wszystkich, ale też jest zbytecznym, ponieważ przedstawia tylko systematyczne zestawienie tego, co w dziełku już poprzednio zostało powiedzianém.

Wielką zasługą autora jest, że wszędzie podaje najdokładniejszą literaturę oraz opis poszczególnych zboczeń urozmaica kazuistyką nietylko własną, ale wziętą z literatury francuzkiéj, włoskiéj i angielskiéj, przez co dostarcza czytelnikowi prawdziwéj monografii przedmiotu i czyni zbytecznem szukanie po rozmaitych dziełach i czasopismach, nie każdemu przystępnych. *L. Blumenstok.*

Prof. Dr. Stiller: **Kalomel w chorobach sercowych.**

Prof. S. w ostatnich latach robił doświadczenia nad rozmaitemi środkami, któreby mogły zastąpić naparstnicę i do smutnych doszedł rezultatów. W 21 przypadkach chorób serca stosował *Convallaria majalis* i ani razu nie widział po niéj skutku, o czém już raz pisał w *Wien. Med. Wochschr.* 1882 r. Nr. 44—46. Toż samo może powiedzieć o *Adonis vernalis*, który podawał w 15 przypadkach wad sercowych i oprócz nieznacznego powiększenia wydzielania moczu żadnéj zmiany ani w objawach zastoinowych, ani w tętnie, ani też wreszcie w podmiotowém uczuciu chorego nie dostrzegł. Próbował także soli kofeinowych, lecz i te oprócz miernego zwiększenia ilości moczu nie wywarły żadnego wpływu na czynność serca. Prof. S. zachęcony doświadczeniami nad kalomelem Dra Jendrassika (*Pester Med. Presse* 1885 r. Nr. 51—52) sam podjął ściśle próby z tym środkiem i doszedł do bardzo dodatnich wyników. W klinice prof. Wagnera zrobiono spostrzeżenia nad 7 przypadkami, a prof. S. z własnéj obserwacyi ma 14 przypadków. Podawano kalomelu po 0·20—0·25, 3—4 razy dziennie i za każdym razem następowało znaczne zwiększenie się ilości moczu.

U jednego chorego z niedomykalnością zastawki dwudzielnéj w okresie niekompensacyi ilość dzienna moczu była 900, a po podaniu kalomelu zwiększyła się do 1900, a następnie wahała się między 1100—3200; przyczém obrzęki zmniejszyły się, a chory czuł się znacznie lepiéj. W innych przypadkach prof. S. zauważył takież same działanie kalomelu, śród podawania którego ilość moczu nieraz się podwajała. W jednym przypadku obserwowanym przez S. chory miewał dziennie po 400—600 grm. moczu a po 3 dniowém zastósowaniu kalomelu ilość moczu wynosiła 3000, 4000 i raz nawet 5100, przyczém dotychczasowe opuchliny ustąpiły, a chory czuł się bardzo dobrze.

Na podstawie tych spostrzeżeń prof. S. zaleca kalomel we wszystkich opuchlinach, powstałych w skutek wad serca, dodając przytém, że na opuchliny w chorobie *Brighta* lub marskości wątroby tak skutecznie nie działa. Na szybkość, siłę i rytm tętna nie ma kalomel żadnego wpływu, ale jako środek moczopędny działa nawet lepiéj niż naparstnica. Skutek po kalomelu zwykle występuje na 3—4 dzień i wtedy należy wstrzymać się z dalszém podawaniem, aż do czasu kiedy znowu ilość wydzielanego moczu się zmniejszy. Przy znaczniejszém rozwolnieniu trzeba podawać wraz z kalomelem makowiec w małych dawkach, a makowiec działania kalomelu nie znosi. Kalomel nie może usunąć naparstnicy we wszystkich chorobach serca, ale możemy stosować go wtedy, kiedy się obawiamy dalszego działania naparstnicy i w tych przypadkach nigdy nie zawodzi. (*Wien. Med. Wochenschr.* 1886 Nr. 28). *Dr. J. Surzycki.*

Prof. H. Nothnagel: **O przyczynach, umiejscowieniu i leczeniu pląsawicy.**

Oddawna utrwaliło się przekonanie, że w pląsawicy najczęściéj zajętém bywa serce. Tymczasem autor dowodzi, że związku pomiędzy pląsawicą a zapaleniem osierdzia nie ma, a z ostatnich spostrzeżeń w tym kierunku czynionych mamy daty statystyczne z kliniki w Bonn, potwierdzające to zapatrywanie. Co się zaś tyczy związku między ostrym gośćcem stawowym a pląsawicą, N. nieraz sam obserwował, że w przebiegu ostrego gośćca stawowego występowała pląsawica (o czém i Brieger w *Berl. klin. Woch.* Nr. 10 podaje), w jaki zaś sposób zachodzi ten związek, tego jak na teraz nie można wytłumaczyć. Pląsawicę uważa N. jako zaburzenie czynnościowe systemu nerwowego, bo żadnych anatomicznych zmian nigdzie znaleźć nie możemy Prawdopodobnie istnieją jakieś zmiany w komórkach zwojowych, których jednak wyśledzić nie możemy. Najczęstszą przyczyną wywołującą pląsawicę jest przestrach lub inne jakieś silne wrażenie psychiczne, osoby jednak takie mają już pewną nabytą lub dziedziczną skłonność do chorób nerwowych.

Z przyczyn ogólnych nadmienia autor nieodpowiednie wychowanie, niehigijeniczne życie i obciążanie pracą umysłową. — Jako osobną formę uważa pląsawicę u ciężarnych i położnic i pląsawicę u osób z połowiczém porażeniem, u których rozwija się ona właśnie na odnogach porażonych (*Hemichorea s. Chorea posthemiplegica*). Autorowie angielscy podają jako przyczynę pląsawicy włosowate zatory w wzgórkach prążkowanych, jądrze ogoniastém i jądrze soczewicowatém, temu jednak stanowczo sprzeciwia się prof. N. i twierdzi, że prawdopodobnie w wzgórku wzrokowym znajduje się właściwe źródło pląsawicy; udowodnioném to jednak nie zostało. Najwięcéj badaczy skłania się do zdania, że pląsawica jest zaburzeniem czynnościowém całego układu nerwowego, należy więc do tak zwanych nerwic ogólnych. Leczenie pląsawicy nie powinno się zaczynać od podania chorym bromku sodu lub potasu, ponieważ leczenie takie najczęściéj nie osiąga żadnego skutku. Jako leczenie najodpowiedniejsze poczytuje N. następujące: zachowanie się odpowiednie chorego, a zatém spokój umysłowy i fizyczny, unikanie szkodliwych wrażeń psychicznych, życie higijeniczne, nieużywanie herbaty kawy, czekolady i napojów wyskokowych. Ze środków lekarskich podać należy choremu: *Sol. arsen. Fowleri 5·0 Aq. destill. 15·0*, z czego dzieciom dawać 4 krople 3 razy dziennie po jedzeniu, starszym zaś nawet większą ilość podać można. Po 5 dniach dajemy o kroplę więcéj i tak co 5 dni o jednę kroplę więcéj, aż dojdziemy do 12 kropli, wtedy powoli zmniejsza się dawkę. Obok tego lekka kuracyja wodna w postaci zawijania chorych w mokre prześcieradła o 22°—20° raz lub dwa razy na dzień przez 3 do 15 minut, potém następuje wycieranie całego ciała mokrym ręcznikiem, a następnie suchym. Oprócz tego stosuje się prąd stały na głowę i na stos pacierzowy z kilku tylko zaledwie stosów i to nie dłużéj nad $^1/_2$ do 1 minuty, powoli prąd osłabiając. U dzieci zacząć można od 4 stosów. Przy takiém postępowaniu najczęściéj udaje się pląsawicę, nawet w ciężkich przypadkach, wyleczyć, gdyby to jednak nie nastąpiło, można podawać bromek potasu, propylamin i inne środki ze skutkiem bardzo wątpliwym. Oprócz tego zaleca N. symptomatyczne leczenie, a w ciężkich bardzo przypadkach radzi uciec się do wodnika chloralu lub chloroformu. (*Allg. Wien. Med. Zeit.* 1886, Nr. 8 i 9).

Dr. J. Surzycki.

Dr. A. Cahn (z kliniki prof. Kussmaula): **O wrzodach na podniebieniu w durze brzusznym.**

Przed 40 laty opisał je pierwszy Nonat (*Revue médicale* 1843) i głównie lekarzom francuzkim zawdzięczamy obserwacyje odnośne a mianowicie Bouveret, Duguet, Derignac i Rappin opisali podobne zmiany na podniebieniu, a ten ostatni podaje, że w bardzo rzadkich przypadkach wrzody takie mogą stanowić jedyną lokalizacyję duru brzusznego. W klinice prof. Kussmaula obserwowano w 1884 r. jeden podobny przypadek, a prof. Wagner podaje takich przypadków trzy. Pierwszy przypadek obserwowany przez Dra Schotta dotyczy 43 l. piekarza pochodzącego z rodziny suchotniczéj, który zachorował wśród dreszczyków, kaszlu, plwocin śluzoropnych, chrypki, miernéj duszności i bólu w piersiach. 13 dnia choroby zostaje przyjęty do kliniki czyniąc wrażenie ciężko chorego. Znaleziono mierną gorączkę, znaczną bladość, obrzęk śledziony i lekkie przytłumienie w lewéj górnéj połowie klatki piersiowéj. Na przednim łuku podniebiennym prawie obok przejścia w podniebienie twarde widać 2 symetryczne ostrocięte, wielkości pólcenta, bladoszare, płytkie wrzody. Wysypki durowéj na ciele brak, bębnicy nie ma, przytomność utrzymana. Poszukiwanie prątków gruźliczych dało wynik ujemny. Przez 8 dni następnych trwa mierna gorączka z torem przewrotnym. Z końcem tego tygodnia wrzody zaczynają zabliźniać się i powoli zupełnie goją się. Chory zdaje się przychodzić do zdrowia, kiedy nagle umiera z zapalenia otrzewny w skutek pęknięcia jelita. Oględziny pośmiertne wykazały w jelitach świeży, 8—10 dni trwający naciek rdzeniowy w gruczołach Peyera, wrzód pęknięty w jelicie cienkim a po dawnych wrzodach na podniebieniu ani śladu nie pozostało. W innym przypadku podobne wrzody pojawiły się 7 dnia choroby równocześnie z wysypką durową, przez 2 dni trwały a po 5 zupełnie się zagoiły. W 2 innych przypadkach pokazały się także w drugim tygodniu duru, trwały 3—5 dni i zniknęły bez śladu. Jeszcze jeden przypadek przytacza autor ze względu na przebieg tych wrzodów dość ciekawy. 19 letni blacharz dostaje duru brzusznego i 10 dnia zostaje przyjęty do kliniki. Wysypki jeszcze nie było, aczkolwiek dur był bardzo ciężki, a na podniebieniu miękkiém po lewéj stronie znaleziono już wrzodzik, który następnego dnia zniknął, ale za to po drugiéj stronie wieczorem tegoż dnia pokazały się 2 wrzodziki z dnem mocno zaczerwienioném a brzegiem szarym. 12 dnia choroby znajduje się już wysypka durowa, a równocześnie te dwa małe wrzodziki zamieniły się w znacznie większe obok jeszcze dwóch mniejszych. Pierwsze wrzodziki zagoiły się 18 dnia choroby, a późniejsze trwały do końca 3 tygodnia. Na podstawie tych kilku obserwacyj własnych i autorów francuzkich autor twierdzi, że sąto niewątpliwe wrzody durowe, analogiczne do tych, które znajdujemy w jelitach, na co téż i inni autorowie zgadzają się. Nie sąto wrzody odleżynowe, bo zjawiają się w samym początku choroby, kiedy w ogóle odleżyn żadnych nie ma i są w miejscu takiém, które wcale uciskowi nie ulega. Wrzody te na pierwszy rzut oka są podobne do wyprysku z pękniętym pęcherzykiem; są one płytkie, ostro cięte okrągławe, prędko się zabliźniające, najczęściéj pojawiają się równocześnie z wysypką durową i najpóźniéj w 3 tygodniu znikają. Obecność takich wrzodów ułatwia nam w wątpliwych przypadkach rozpoznanie duru brzusznego, na przebieg jednak i rokowanie wpływu one nie mają. (*Berlin. klin. Wochensch.* 1886 Nr. 14).

Dr. J. Surzycki.

Mayerhofer: **O działaniu talinu jako leku przeciwgorączkowego.**

Autor, opierając się na doświadczeniu nabytém wśród znacznéj epidemii duru brzusznego, w któréj posługiwał się środkiem tym w trzech jego postaciach (siarkan, garbnikan i winian pot. talinu), uważa talin za najdzielniejszy środek przeciwgorączkowy. Przetwór ten podawał według przepisu prof. Ehrlicha (*Berl. klin. Wochenschrift* 1885 Nr. 51) w dawkach 0·2, kilka razy dziennie dochodząc do całodziennéj dawki 1·00—1·60—2·00. Obniżanie ciepłoty ma występować wkrótce i ma być znaczne. Wkrótce po użyciu występowały poty prawie u wszystkich chorych, poczém stan ich ogólny miał się poprawiać znacznie a i objawy ze strony przewodu pokarmowego pochodzące znacznie zmniejszać się miały. Mocz przybiera częstokroć po użyciu tego przetworu barwę oliwkowo-zieloną. Przy ponownem podnoszeniu się ciepłoty pojawiały się niekiedy dreszczyki, zapadu nigdy autor nie obserwował. O podawaniu i zachowaniu się talinu w innych chorobach gorączkowych, z wyjątkiem jednego przypadku zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, autor nie wspomina. (*Münch. Med. Wochenschrift* 1886 Nr. 25. *Dr. Rosenbusch.*

Charasse: **Neuroma multiplex.**

Kobieta 30 letnia dotknięta obrzękiem gruczołów szyjnych zresztą zdrowa, poddała się operacyi wycięcia tych gruczołów po bezskutecznych zabiegach leczniczych. Przy wycięciu okazało się, że guz był w ścisłym związku z włóknami splotu barkowego a podczas zabiegu przedarto szypułkę, będącą w związku z rdzeniem pacierzowym. 7 dnia po operacyi wystąpiło zap. opon rdzeniowych. Przy sekcyi stwierdzono nerwiaki w całém ciele. Obrzęki te były po większéj części kształtu wrzecionowatego, twarde, pół przeświecające na przekroju a pod mikroskopem okazały się jako włókniaki. Nerwy: przeponowy, błędny i współczulny były chorobowo zmienione. Wycięty guz był w związku z 6 nerwem szyjnym, którego pień tworzył szypułkę. Mikroskopowo można było stwierdzić jądra różnego kształtu, ale rozwój tkanki łącznéj był dosyć skąpy. Dotychczas ogłoszono dopiero 41 podobnych przypadków. (*The Lancet* 12/6 1886). *Dr. Barącz.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 2 czerwca 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 19.

1) Przewodniczący oznajmił o zbliżającym się jubileuszu prof. Dra Baranowskiego w Warszawie. Zebrani oceniając znakomite nauczycielskie i obywatelskie zasługi jubilata, jednogłośnie uchwalili przesłać telegram z życzeniami od Towarzystwa.

2) Kol. Rydel przedstawił starca, obserwowanego od dni 4, u którego uderza opadnięcie powieki górnéj prawéj. Podniósłszy takową widzi się oko zepchnięte ku dołowi i wewnątrz przez obrzęk płaski twardy, guzkowaty, $^3/_4$ zewnętrznéj części powieki zajmujący, od dołu zupełnie ostro odgraniczony a podchodzący pod górny brzeg oczodołu, gdzie ginie nie dając się odgraniczyć. Badając bliżéj czujemy, że powierzchnia tego guza jest jakby z drobnych zrazików złożona, a nadto widzimy, iż część zewn. górnego załamka jest również zepchniętą ku dołowi, naczynia zaś spojówkowe porozdymane. Podobny guz i o takichże własnościach, znacznie jednak mniejszy, znajduje się na odpowiedniém miejscu oka drugiego; w okolicy zaś gruczołu przyusznego lewego guz wielkości pięści charakterem swym zewnętrznym bardzo do poprzednich zbliżony. Uwzględniwszy usadowienia powyższych guzów powiekowych, należy przypuścić, iż punktem ich wyjścia jest z wszelkiém prawdopodobieństwem gruczoł łzowy. *Dacryoadenitis acuta et chr.* obok nowotworów i cysty retencyjnéj są tu znanemi zboczeniami chorobowemi, jednak bardzo rzadkiemi. Schmidt wprawdzie uważał zapalenie w ogóle tego gruczołu za częste, późniejsze jednak badania wykazały mylność podobnego twierdzenia. Przeciwko zapaleniu ostremu przemawia dotychczasowy przebieg cierpienia (na prawém oku od 4, na lewém od miesiąca), rozpoznanie zatém może się wahać jedynie między zapaleniem gruczołu chroniczném a nowotworem. Z własnéj praktyki prywatnéj kol. Rydel przypomina sobie przypadek u młodego człowieka przed kilku laty obserwowany, gdzie również śród lekkich objawów zapalnych rozwinęły się podobne guzki a przeszedłszy w stan chroniczny nie dosięgły znaczniejszych rozmiarów, ustępując po 4 tygodniach trwania pod wpływem szaruchy. W niniejszym przypadku trudném jest stanowcze oznaczenie cierpienia, tém bardziéj, iż za nowotworem zdaje się przemawiać spółczesne zajęcie ślinianki przyusznéj. Przypadek taki jest znany w literaturze. Pod względem anatomopatologicznym najrozmaitsze nowotwory spotykano w gruczole łzowym, od czasu jednak badań Beckera, tj. 1867 r., i dwóch przypadków z kliniki Langenbecka, nowotwory te przeważnie do adenomów zaliczyć należy. Co do leczenia, to jeżeli zawiodą podobne środki jak *tra jodi, unguent. cinereum,* pozostaje wyłuszczenie guza i to albo cięciem przez skórę, albo przez spojówkę powiekową.

W dyskusyi zabierał głos kol. Obaliński.

3) Kol. Jan Rosner wyłożył „przypadek wyleczenia torbiela jajnikowego po nakłuciu; drugi po dobrowolném pęknięciu.“ (Rzecz ta była ogłoszoną w Przegl. Lek.).

W dyskusyi brali udział koll. Madurowicz i Mars.

Dr. Dobruchowski.

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Na koszulę wkłada się zwykle parę perkalowych kamizelek, wąskich i zapinanych na rząd małych guziczków. Na kamizelki wciąga się rodzaj perkalowego chałata, a u zamożniejszych zwykle jedwabnego (Ałchałyk), z wycięciem na przodzie klatki piersiowéj, z rękawami wąskiemi i spiętemi przy osadzie ręki na parę metalowych guziczków. Szata podobna, opatrzona w liczne kieszenie i okręcona pasem, jest zwykłą schowanką na wszystko, co Pers nosi z sobą cenniejszego. Płaszcz wreszcie długi i przestronny (Aba) uzupełniając zwykły strój jest niezbędnem okryciem, którego tutejszy mieszkaniec nigdy się nie pozbywa. W nim wychodzi na ulicę, przesiaduje w domu, w nim modli się i sypia, słowem bez podobnego płaszcza Pers nie byłby w swym żywiole. Jednakże bardziéj dystyngowani wdziewają surdut (Kaba), krojem podobny do *setre* tureckiéj, z tą jedynie różnicą, że w pasie bywa ułożony w liczne bardzo fałdy. Mieszkańcy zaś prowincyj północnych, prócz już wyżéj zacytowanych części zwykłego ubrania, używają jeszcze tak zwanych Koledże lub Serdary, strojnych w guzy i szamerowania i mało się różniące od naszych czamar. Kożuch wreszcie barani (Kiurk), wyrobu z Khorozanu, jest częścią dodatnią stroju i bywa używany tylko w domu, gdy grzejąc nogi przy ognisku, ma się grzbiet wystawiony na działanie prądu powietrza dochodzącego z nieustannie otwartych drzwi i okien.

Kostyjum zaś ludowy wyróżnia się tylko mniejszą ilością części go składających i okryciem głowy nie już sukiennym lub futrzanym (Kiulach), lecz tylko filcową czapeczką (Nemed) białą lub koloru bronzowego, okręcaną zwykle półjedwabną chusteczką (Kelagy). Duchowni zaś, do jakiéjby nie należeli kasty, jeżeli tylko nie wyprowadzają swego pochodzenia od proroka, noszą bezwarunkowo parę szat długich i przestronnych (Dżubbe) z perkalu lub sukna i okrywają

głowę tak zwanym Ammame, czyli turbanem z kilkunastu zwykle łokci płótna, do którego odpowiedniego ułożenia istnieje tu wyłączna klasa znawców. Im téż podobny zawój jest wyższy i ułożony z większą fantazyją, im cięższym bywa dla noszącego, tém jego powaga i znaczenie hierarchiczne mają większą wartość. Ze wszystkich jednak części ustroju wymagających okrycia noga jest najbardziéj zaniedbaną. Obuwie bowiem tutejszych mieszkańców składa się wyłącznie z czerwonych zamszowych sandałów (jemeny) i półbucików, właściwie łapci (baszmak), używanych przez bardziéj dystyngowaną klasę. Potrzeba częstego ich zdejmowania i wdziewania zmusza, aby były przestronne i łatwe do pozbycia się w każdéj okoliczności. Bez różnicy téż pory roku nosi się je bez szkarpetek, używanych li tylko w razie pozostawania w domu. Jeździec jednakże kurdzki nie zadawala się lekkiém okryciem nogi. Jego „Czyzme“, pomimo, że także są sklejone z czerwonego lub żółtego safianu, są przecie opatrzone w rodzaj cholew i ogromne podkówki, co wszystko przy całéj swéj niezgrabności, lepiéj jednak od „jemeny“ okrywa i zabezpiecza nogę. W prowincyjach zaś, gdzie warunki klimatu najmniéj tego wymagają, gdzie noga mogłaby pozostać nieokrytą dla łatwiejszego przewiewu skórnego, tam właśnie wyroby szewskie doszły do pewnéj doskonałości. Tak zwane Gavi wyrabiane w Ispahanie i Szyrasie sąto półbuciki z grubéj bawełnianéj tkaniny, wyłącznie na to przygotowanéj, opatrzone w grube nabijane gwoździkami podeszwy, lub w ich zastępstwie naszyte tęgim, kręconym szpagatem; noszone przez ogół południowéj ludności nie wyłączając i gorali Lurystanu, jestto obówie dość znośne na zimę, niezmieniane zaś w czasie upałów, używane w podróży łatwo przepuszczając pył i piasek, zanieczyszczają nogę do wysokiego stopnia i stają się częstą przyczyną właściwych tu owrzodzeń skórnych.

Ostentacyjnie i poważnie przedstawia się w swym stroju perski dygnitarz. Wierny zwyczajowi nie zmienia dolnych części ubrania, które tylko okrywa rodzajem płaszcza [redacted] do jakiéj należy jego właścicielka, bo podczas gdy prawdziwa Persyjanka poza obrębem domu okrywa się w swój Czadyr i Rubent, będące niejako wyrazem jéj socyjalnego bytu i jest więcéj podobną do mumii niż istoty żyjącéj, to przeciwnie kobieta innych plemion, wolniejsza, niezakrywana i niezamykana, odpowiadając zasadzie praktykowanéj przez cały jéj rodzaj, stroi się i zdobi w to wszystko, co barwą lub jakością tkanin zdolne jest do podniesienia jéj wdzięków. W domowym zaś stroju Persyjanki są pewne do uwydatnienia szczegóły, które ani pod względem gustu, ani też celu, jaki zwykle naznacza się ubraniu, wcale nie odpowiadają potrzebie. I tak nie ma tu zwyczaju noszenia koszuli choćby tylko takiéj, jaką poznaliśmy w stroju męskim. Zastępuje ją rodzaj tuniki z płótna modrego zwykle koloru lub kwiecistego perkalu, przestronnéj, bez rękawów, otwartéj z boku i spiętéj ponad ramieniem. Spięcie to bywa usuwaném, jeżeli kobieta karmi swego pierworodnego syna, w zamiarze pozostawienia odkrytą jednéj, zwykle lewéj, połowy łona. Na taką tunikę wdziewa się bezpośrednio kaftanik sukienny aksamitny lub jedwabny, okryty haftem i pozostawiający pierś zupełnie nagą i tylko przestronnością swych rękawów pozwalający ukryć odnogi górne. Jedna lub kilka spodniczek perkalowych lub sukiennych, ułożonych w liczne fałdy i dochodzących tylko do kolan zastępuje turecki chałacik. Jestto część stroju tak nieodpowiednia, tak nawet wstrętna, że uwzględniwszy nienoszenie przez Persyjanki żadnego dalszego dolnego okrycia, nie wie się prawdziwie, jaki cel może mieć nakładanie na siebie kilku tego rodzaju krótko obciętych spodniczek. I tento półstroik domowy jest jedną z przyczyn tłumaczących niezwykłą skłonność Persyjanek do pozostawania poza domem. Wtedyto bowiem wkładają się szarawary (Doliach) zwykle płócienne, lecz dość często i jedwabne najrozmaitszych kolorów i odcieni, szerokie w pasie, zwężające się ku kostkom i razem z okryciem nogi stanowiące jednę całość. Tak opatrzona kobieta zarzuca modry płócienny płaszcz (czadyr), okrywa nim szczelnie głowę i przytrzymuje go końcami rubent, dość wąskiego kawałka białego płótna spiętego w tyle głowy klamrą zaopatrzoną zawsze w jakiś świecący kolorowy kawałek szkła, a u zamożniejszych strojną w rząd pereł, turkusy i ametyst. Dla oczu pozostawia się małe wycięcie zaopatrzone w tiulowy lufcik, przez który nietylko wzrok jakiegoś natręta nic nie może dopatrzyć, ale nawet sama kobieta z trudnością tylko postępuje naprzód, znajdując wielki kłopot przejrzenia przez tego rodzaju niegustowną zasłonę. Na nogę oszytą w podobnąż co i szarawary tkaninę wdziewają się pantofelki (Kefsz) z różnokolorowego safianu, tak jednak malutkie, że tylko palcami ciągle naprężonemi dają się zaledwie utrzymać. Taką jest postać kobiety perskiéj, która swemi ruchami na ulicy, nietylko że nie interesuje ale jeszcze odstręcza od siebie. Nic więc dziwnego, że noszenie podobnego stroju, niepraktycznego w domu, obrzydliwego na ulicy, łatwo naraża perską kobietę na odczucie wpływów wilgoci, i tłumaczyć się zdaje niezwykłą częstość stanów chorobowych i znaczny stopień śmiertelności, jaki pośród nich zauważono. Pan zaś Henderunu małą tylko zwraca na to uwagę. Wydać jak najmniéj na strój swych dam, lecz mieć ofiarność i gotowość kobiecą na każde skinienie, to jego zasada, od któréj nie zdołają go odwrócić żadne, choćby najbardziéj rozsądne, przedstawienia. Nie szczędząc zaś dla siebie samego ponury Pers przepędzać zwykł długie godziny w admiracyi przesuwających się przed jego wzrokiem postaci swych kobiet. Przypatruje się też ich ruchom, obserwuje pozycyję, i ciągnąc powolnie swój Kalgan, opija się herbatą i najczęściéj marzy tylko.

Większą wygodą pod względem stroju cieszy się kobieta plemion koczujących Kurdów, Turko-tatarów itp. Tam przeciwnie zwyczajowi Persyjanek, tak w domu jak i poza nim nic się nie szczędzi na powiększenie ilości części składających zwykły strój. Od haftowanych kolorową włóczką czapeczek i jedwabnéj chustki na głowę, aż do kwiecistych wełnianych szkarpetek niesięgających wyżéj kostek i nieściśniających nogi, każda część ustroju jest odpowiednio okrytą. Wprawdzie i tutaj nie uwzględnia się potrzeby zastosowania stroju do wymagań klimatu, bo ubiór kobiety pozostaje jednakowym w każdéj porze roku. Niemniéj jednak kobieta kurdzka pozostawiając twarz odkrytą, głowę okręca rodzajem turbanika, przyczepiając doń jeszcze właściwe okrycie, dość szerokie i długie, bo spadające na biodra, które stale noszone zabezpiecza tylną część szyi tak od zimna jak i działania promieni słonecznych. Jestto rodzaj arabskiego

Kiefie uchodzącego na południu za najodpowiedniejsze okrycie głowy.

Nie wątpię, że coraz większe wciskanie się do Persyi wyrobów europejskich, wystawa modnych stroików, oddziałać zdoła i na zmianę miejscowego kostiumu. Obawiam się jednak, ażeby nowatorstwa zachodnie nie okazały się zbyt słabemi ku zwalczeniu utrwalonych przesądów i warunków zdrowotnych, zależnych od stroju lub nieodpowiedniego jego zastosowania, i nie pozostawiły w takim stanie, w jakim je teraz znalazłem. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w czerwcu r. 1886.

Tyfus brzuszny traci od początku kwietnia br. coraz więcéj na rozszerzeniu. w czerwcu stwierdzono go w 49 gminach (w marcu w 109) u 1112 chorych, z tych wyzdrowiało 847 czyli 76·2%, umarło 53 czyli 4·8%, pozostało w leczeniu 212 chorych (z końcem maja 523). Najwięcéj był tyfus brzuszny rozszerzonym w powiecie rawskim (7 gmin), żółkiewskim i lwowskim (po 3 gminy). Największa ilość chorych zdarzyła się w jednéj gminie powiatu czortkowskiego.

Tyfus plamisty także znacznie się zmniejszył, podczas gdy w maju stwierdzono go w 44 gminach, w czerwcu tylko w 33. Z 1024 leczonych osób wyzdrowiało 819 czyli 80% (w maju tylko 60%), umarło 61 czyli 6·0% (w maju 8·2% pozostało w leczeniu z końcem miesiąca 144 chorych (z końcem maja 424) w 9 gminach. Najwięcéj był tyfus plamisty rozszerzonym w powiecie drohobyckim, gdzie w 5 gminach 358 chorych stwierdzono, zatém $^1/_3$ wszystkich chorych w kraju; daléj w powiecie rudeckim w 4ch gminach 61 chorych, w powiecie samborskim w 3 gminach 49 chorych, w powiecie brodzkim w 3 gminach 103 chorych, w powiecie buczackim w 2 gminach 118 chorych, w rzeszowskim w 2 gminach 94 chorych.

Tyfus powrotny wygasł.

Szkarlatyna znowu się nieco rozszerzyła, w 12 powiatach a w 17 gminach było 395 chorych, z tych wyzdrowiało 217 czyli 54·9%, umarło 34 czyli 8·6%, pozostało w leczeniu 144 chorych (z końcem maja 123) w 9 miejscowościach.

Dyfteryja pojawiła się sporadycznie w 3 gminach.

Odra wystąpiła z równém nasileniem w czerwcu jak w maju; w 27 powiatach a w 68 gminach stwierdzono 3480 przypadków choroby (w maju 3472). Z tych wyzdrowiało 2766 czyli 79·5%, umarło 130 czyli 3·7%, pozostało w leczeniu 584 chorych (z końcem maja 951) w 23 gminach. W powiecie mieleckim i stryjskim była odra najwięcéj rozszerzoną, lecz z końcem miesiąca w obu powiatach prawie zupełnie wygasła.

Natomiast koklusz znacznie się rozszerzył, gdyż liczba leczonych w czerwcu chorych była dwa razy tak wielką jak w maju (1237 przeciw 625). Z téj liczby wyzdrowiało 502 albo 40·6%, umarło 37 czyli 3·0%, pozostało w leczeniu 698 chorych w 16 gminach: dalszego rozszerzenia się choroby należy się przeto obawiać.

Czerwonka, która dotychczas tylko sporadycznie pojawiała się w tym roku, w czerwcu poczęła nagminnie występować.

Ospa znacznie utraciła na rozszerzeniu; w 18 powiatach w 58 gminach leczono 571 chorych (w maju 914): z téj liczby wyzdrowiało 246 = 43·1% szczepionych, a 149 = 26·1% nieszczepionych, umarło 11 czyli 1·9% szczepionych a 85 = 14·9% nieszczepionych, pozostało tylko 80 chorych w 18 gminach. Zarówno jak w maju tak samo i w czerwcu była ospa najwięcéj rozszerzoną w powiecie żywieckim, rawskim i sokalskim, także w kamioneckim, lecz w obu ostatnich powiatach wygasła prawie zupełnie.

Lwów d. 10 lipca 1886. *Dr. Józef Merunowicz.*

* **Cholera** rozgościła się na wybrzeżu austryjacko-węgierskiém morza adryjatyckiego; mnożą się przypadki choroby w Tryjeście i Rjece; z ostatniego miasta portowego mieszkańcy uchodzą szerząc popłoch w okolicy; zdaje się atoli, że dotąd choroba nie zapuszcza się w miejscowości odleglejsze od morza. Rząd austro-węgierski przedsięwziął środki ostrożności, celem zapobieżenia rozpostarciu się epidemii; czy one okażą się skutecznemi, zależeć będzie głównie od charakteru epidemii, która tym razem, jak się zdaje, trzyma się przeważnie wybrzeży.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 27 czerwca do 3 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 21,7. Z płonicy umarło 2 (2 z. t.); z błonicy 2 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 2 płonicy, 1 róży. W tygodniu od 20—26 czerwca umarło z ospy: w Wiedniu 1, w Pradze 1, w Budapeszcie 16, w Warszawie 2, w Rzymie 8, w Paryżu 6, w Brukseli i Petersburgu po 2, w Odesie 3. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie, Pradze i Gdańsku po 1, w Petersburgu 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 3. Z cholery umarło w Wenecyi 43. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 13, w Petersburgu 18. Z odry umarło w Wiedniu 24, w Pradze 7, we Lwowie 1, w Drohobyczu 5, w Berlinie 17, w Paryżu 18, w Londynie 43, w Petersburgu 31. Z płonicy umarło: w Opawie 1, w Wiedniu 1, w Gracu 1. Z błonicy umarło: w Opawie 1, we Lwowie 2, w Kołomyi 1, w Tarnowie 1, w Czerniowcach 2, w Wiedniu 7, w Tryjeście 4, w Pradze 3, w Berlinie 27, w Hamburgu, w Budapeszcie i Chrystyjanii po 11, w Paryżu 20, w Londynie 22. Z krztuśca umarło w Wiedniu 3, we Lwowie 1, w Paryżu 23, w Londynie 26.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 20—26 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,7; we Lwowie 26,9; w Brodach 15,3; w Drohobyczu 41,3; w Kołomyi 26,5; w Przemyślu 31,5 w Stanisławowie 35,7; w Tarnopolu 18,4; w Tarnowie 44,9; w Czerniowcach 19,4; w Warszawie 22,7; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 25,8; w Salcburgu 25,3; w Gracu 30,6; w Tryjeście 29,5; w Insbruku 26,1; w Pradze 52,6; w Bernie 39,0; w Ołomuńcu 38,4; w Opawie 30,9; w Budapeszcie 36,4; w Berlinie 29,6: we Wrocławiu 30,6; w Gdańsku 24,5; w Dreźnie 24,4; w Hamburgu 27,2; w Kolonii 26,4; w Lipsku 21,4; w Mnichowie 30,8; w Strasburgu 27,8; w Amsterdamie 23,0; w Brukseli 28,9; w Chrystyjanii 21,0; w Genewie 14,4; w Kopenhadze 20,9; w Londynie 15,4; w Odesie 45,7; w Paryżu 21,6; w Petersburgu 33,7; w Rzymie 23,2; w Stokholmie 17,0; w Wenecyi 37,6; w Zurychu 23,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* Kraków d. 15 lipca. Wczoraj odbyło się nadzwyczajne posiedzenie Tow. lekarskiego, zwołane wyłącznie w celu zastanowienia się nad propozycyją prof. Czyżewicza we Lwowie, [redacted]

* Otrzymujemy pismo następujące:

Do szanownéj Redakcyi Przeglądu lekarskiego w Krakowie z prośbą o umieszczenie powyższego listu w całości w kronice najbliższego numeru w nadziei, że zacny postępek kolegi Ściborowskiego znajdzie licznych naśladowców.

Z Rady Zawiadowczéj Tow. lek. galic.

Lwów, 9 lipca 1886.

Odpis listu Dra Władysława Ściborowskiego do Prezesa Towarzystwa lekarzy galicyjskich:

Czcigodny Panie Prezesie!

Przed rokiem jeden z członków krakowskiego Towarzystwa lekarskiego podniósł myśl, aby dla rozwinięcia działalności kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych, istniejącéj przy Towarzystwie lekarzy galicyjskich, członkowie tego Towarzystwa oraz członkowie Tow. lekarskiego krakowskiego płacili co miesiąca po 1 zł. a. albo po 12 złr. rocznie. Myśl była niezaprzeczenie piękna i szlachetna ale niestety niewykonalna; z jednéj strony bowiem nie podobna nikogo zmusić, aby prócz zwykłéj wkładki, do któréj się zobowiązał przystępując do Towarzystwa, obecnie płacił drugie tyle; z drugiéj strony dla wielu członków byłoby to rzeczywiście uciążliwém.

Jeżeli jednak dla ogółu lekarzy byłoby to niemożliwe, to na 800 lekarzy w Galicyi obecnie się znajdujących, piąta część przynajmniéj mogłaby to uczynić bez uszczerbku dla siebie, a kasa wsparcia miałaby corocznie około 2000 złr. do rozporządzenia.

Do téj kategoryi lekarzy siebie zaliczając, postanowiłem corocznie na ten cel składać po 12 zła.; zważywszy jednakże że dziś właśnie kończę 30 lat zawodu lekarskiego, a zatém może już nie długo będę w możności uiszczania téj składki, w jéj miejsce posyłam obecnie kwotę 250 zł. a. w., od któréj procent właśnie tyle wynoszący nietylko za życia mego ale i w przyszłości będzie corocznie zasilał kasę Towarzystwa. Daj Boże! aby ta piękna i pożyteczna instytucyja obecnie pod światłym kierunkiem czcigodnego Pana Prezesa zostająca, coraz więcéj się rozwijała a w ten sposób mogła rozszerzać zakres swego działania dla przychodzenia z pomocą mniéj szczęśliwym członkom naszego zawodu i ich rodzinom.

Szczawnica, d. 18 czerwca 1886.

Z głębokiém uszanowaniem
Dr. Władysław Ściborowski.

* Z okazyi jubileuszu prof. Teichmann ofiarował sumę 600 zła. na rzecz instytucyj uczniów Uniw. Jagiell.

* Z leczonych przez Pasteura znów umarła wieśniaczka francuska w 9 dni po opuszczeniu zakładu Pasteura.

* W Iwoniczu było dotąd gości 694, w Gleichenbergu 2404, w Giesshübl u 222, w Gainfarn 765, w Cieplicach czeskich 3382, w Szczawnicy 1340.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wrocław.** Docent pryw. Dr. Roux mianowany został nadzw. profesorem anatomii. — **Monachium.** Osieroconą po Guddenie katedrę psychijatryi obejmie prof. Grashey z Würzburgu. — **Praga czeska.** Prof. Jiruś w Zagrzebiu przedstawiony został na prof. farmakologii w Wydziale czeskim. — **Wiedeń.** Na opróżnioną katedrę higijeny Wydział lekarski proponować ma *ex aequo* docenta Kratschmera w Wiedniu i prof. Grubera w Gracu.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Franciszek Trybulec z Radomyśla, Jan Bednarski z Bystry, Paweł Jaglarz z Bierzanowa, Wojciech Chrząszczewski z Bolechowa, Maryjan Gidlewski z Ustrzyk, Józef Aleksander Stoklasa z Brodów i Józef Sochański z Dynowa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Zdrowiu* Nr. 10: Polaka: Praktyka szczepienia ospy ochronnéj (c. d.); I. Kramsztyka: O przyczynach chorób kanału pokarmowego. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 28: Heringa: O wyleczalności owrzodzeń gruźliczych przy t. zw. suchotach krtani napotykanych; Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (dok.); Malinowskiego: Kilka uwag o malaryi (dok.). — W *Medycynie* Nr. 28: Heringa: Kwas mleczny, jako środek leczniczy przy owrzodzeniach gruźliczych (dok.); Grünbauma: Ogólny pogląd na obecny stan leczenia chorób pęcherza moczowego (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.